

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 122

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ET CHIRURGICALES
SUR LES CORRIDAS DE TOROS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1924

PAR

Roger-Jean-Angély MOULÉDOUS

EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Maubourguet (Hautes-Pyrénées), le 8 Novembre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		CASSAËT, professeur.....	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 122

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ET CHIRURGICALES
SUR LES CORRIDAS DE TOROS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Juillet 1924

PAR

Roger-Jean-Angély MOULÉDOUS

EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Maubourguet (Hautes-Pyrénées), le 8 Novembre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		CASSAËT, professeur.....		
		DUPÉRIÉ, agrégé		} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

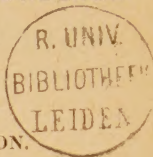
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	GRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHE.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.		PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		DUVERGEY.
	N.		PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.	Obstétrique.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.		PÉRY.
	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEUBET.	Oto-rhino-laryngologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie.....	PORTMANN.
	CREYX.		GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PÉRY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		ROCHER.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ce petit travail, gage bien
faible de reconnaissance infinie et d'amour
filial très profond.*

A MA SŒUR, A MON FRÈRE, A MON BEAU-FRÈRE,
A MON JEUNE NEVEU CHRISTIAN,

*J'aime de vous réunir ici dans un
même sentiment d'affection très douce.*

A TOUS CEUX QUE J'AIME

AU DOCTEUR JOSÉ VILAR GIMÉNEZ

« DOCTOR VESALIO »

*Qui a bien voulu m'honorer de son
amitié, et me prodiguer le secours
précieux de son expérience.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHELEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Dont j'ai eu le bonheur de pouvoir
pendant six mois, admirer la grande
science et la souriante philosophie.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Sans lui adresser d'éloges qui allieraient,
sous ma plume, l'insuffisance à la banalité,
qu'il me soit permis de lui manifester mon
admiration très respectueuse et de l'assurer
de tout mon dévouement.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ABADIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Quelques considérations médico-psychologiques et chirurgicales sur les Corridas de toros

AVANT-PROPOS

« Ce spectacle si fortement enraciné
dans les mœurs n'est pas un amusement,
c'est une institution. »

Edgar QUINET.

Il ne m'appartient pas de dire la merveilleuse beauté de la Corrida. D'autres l'ont chantée, qui étaient des écrivains ou des poètes et dont la plume habile sut traduire, comme elle le mérite, la puissante harmonie de la fête espagnole. Je l'évoque ici, un peu pour mon plaisir, surtout pour expliquer un enthousiasme qui date de la première course que j'eus l'occasion de voir. Et parce que je le manifestai véhément et sonore, j'eus la fortune de m'entendre traiter de barbare. Je me le rappelle sans trop de honte.

Ma « barbarie », depuis, n'a cessé de grandir, et je tiens aujourd'hui la Corrida pour le plus beau spectacle du monde. C'est mon opinion; il m'est difficile, on le conçoit, d'admettre qu'elle soit paradoxale. Je sais cependant qu'elle n'est pas celle de tout le monde. Même je ne doute pas que le titre de ce travail ne soit, pour beaucoup, un sujet de surprise et d'étonnement.

Les civilisés, qui ne savent pas la passionnante, et lumineuse, et mâle beauté de la Corrida, comprendront difficilement qu'un médecin jeune encore et dont la pitié n'a pu être émoussée, — comme il est cependant nécessaire, —

par la vue quotidienne de la douleur, puisse s'intéresser à ce qu'ils estiment, — le plus souvent sans l'avoir jamais vu, — un jeu immoral, dégoûtant et cruel. Mais cette pitié même, qui est à la base de la vocation du médecin, ne nous fait-elle point pencher sur toutes les misères ? Et le combat qui met aux prises les « forces mystérieuses » de la vie est-il moins digne d'intérêt parce que celui-là est un torero qui peut-être en sera la victime ?

Pendant longtemps, je ne vis du spectacle que le côté artistique : je m'enthousiasmai aux prouesses des toreros ; je m'affligeai de leurs défaillances. Puis, tandis que j'avancais un peu dans la connaissance difficile de la médecine, la curiosité du médecin vint s'ajouter à celle de l'aficionado. Elle eut l'occasion de s'exercer chaque fois, — et ce fut trop souvent, — que la corne fut cruelle à l'homme.

Il me parut alors que les blessures infligées aux toreros évoluaient suivant des conditions un peu particulières. Je fis aussi quelques autres réflexions. Et l'idée me vint, et le désir ensemble, de les exposer dans ma thèse.

Je l'ai fait, et j'ai pris à le faire un intérêt que je puis dire passionné. Mais j'ai pu me rendre compte que, — comme il est naturel, — j'avais un peu préjugé, peut-être beaucoup, de la valeur de mes faibles moyens. J'ai pu m'assurer que si mes intentions étaient louables, je n'ai su les réaliser que d'une façon bien imparfaite. J'aurai quelque peine à m'en excuser puisque les conseils ne m'ont pas manqué, et que j'ai trouvé auprès de MM. les Docteurs AUGISTROU et René VILLAR, de M. le Professeur ROCHER, du Docteur GUIBAL et du Docteur GUIRAUD, de Béziers, un accueil bienveillant et pour lequel je leur dois une reconnaissance infinie.

De nos confrères d'Espagne, singulièrement du Docteur José VILAR GIMÉNEZ, j'ai reçu une aide précieuse et un accueil affectueux dont je ne saurais assez les remercier.

Mes remerciements vont aussi à son Excellence le Duc de VERAGUA, à Don Manuel GARCIA ALEAS, à M. Paul MOREL, à M. GRAND « Don Severo », et à M. J. CISTAC, à d'autres que j'oublie peut-être et qui m'ont facilité une tâche parfois difficile.

Je crains de m'être montré indigne de tant de soins. Ce modeste travail cependant, s'il sait plaire à quelques aficionados, fils du Midi, amoureux du soleil et de cette « belle tragédie de la mise à mort » que glorifia le poète Tailhade, aura atteint le but qu'il se proposait. Il n'a pas d'autre ambition.

Des blessures au cours des Corridas de Toros

On pourrait dire du métier de Torero ce que, dans « *Les silences du Colonel Bramble* », un chapelain anglais, dépositaire inconscient mais sublime de l'humour britannique, dit du métier de soldat. « La vie du soldat, écrit-il, est une vie très dure, parfois mêlée de réels dangers. » La vie du torero est aussi une vie très dure, et ses réels dangers apparaissent avec évidence, chaque année, sous la forme de blessures nombreuses et graves dont quelques-unes entraînent la mort de ceux qui les subissent.

Les Corridas sont fertiles en accidents; mais les toreros n'en ont pas le privilège. Les valets de plaza, par exemple, sont assez fréquemment blessés. Parfois même de simples spectateurs subissent quelque dommage. J'en ai vu d'assez nombreux exemples; le plus pénible est sans doute celui de cet aficionado qui, l'an dernier, à Bayonne, fut tué d'une manière assez extraordinaire, frappé au cœur par la lourde épée qu'un mouvement de tête du taureau avait projetée dans le public.

Il n'est pas rare non plus qu'un torero soit blessé, non point directement par la corne du toro, mais indirectement soit à la suite d'une chute, — et la chose est fréquente chez les picadors, — soit par une banderille ou une épée, — soit encore de tout autre quelconque manière.

Ce sont là, au cours de la Corrida, des effets anormaux et non habituels; au contraire, les blessures par corne de toro sont malheureusement habituelles et pourrait-on dire (bien qu'il soit coutume d'affirmer qu'un accident est

impossible pourvu que le torero observe les règles de son art), en quelque sorte normales.

Je me propose d'étudier ici les blessures des seuls toreros et seulement celles qui leur sont infligées par la corne du toro.

Deux mécanismes peuvent intervenir dans leur production :

1° Ou bien la corne, agent mécanique doué de mouvement, rencontre le corps du torero qui constitue la résistance. C'est le cas le plus général ;

2° Ou bien la corne représente la résistance, et le corps du torero la puissance ; c'est ce qui se produit lorsque l'homme, projeté d'abord par l'animal à une certaine hauteur, retombe sur la corne. Encore convient-il de remarquer que, dans ce dernier cas, l'action est double, le toro n'attendant pas généralement la chute de l'homme, mais portant, en donnant son coup de tête, ses cornes à la rencontre du torero.

La blessure, quel que soit le mécanisme qui l'ait produite, présente des caractères, variables selon la structure de l'agent vulnérant; la qualité de la blessure est conditionnée par l'état de la corne. A ce point de vue, il faut distinguer :

a) Le toro dit « Astifino », dont les cornes sont fines et pointues, et blessent en perforant, dilacérant le moins possible et piquant les vaisseaux si ceux-ci ne glissent pas au devant d'elles ;

b) Le toro dit « Astillado », dont les cornes présentent une pointe rugueuse et déchiquetée en menues écharde, et qui détruit les parties molles, les déchirant en grands lambeaux ;

c) Le toro dit « Mogon », dont les cornes sont émoussées complètement à la pointe qui s'est brisée. Ils blessent en produisant des meurtrissures et des contusions.

Il semble que dans le premier cas la corne doive produire simplement une piqûre, dont les effets seront variables selon le degré de pénétration, la corne s'élargissant rapidement au-dessus de sa terminaison. En réalité, cette éventualité est rare. Le toro, en effet, donne son coup de tête de bas en haut, et en direction plus ou moins oblique; le coup de pointe se complique donc d'une section. Ainsi ses chances augmentent d'atteindre un organe important, et de léser sur une grande étendue. Dans ce cas cependant, la blessure peut bénéficier d'une section simple à bords nets, faciles à affronter, telles celles produites par un rasoir ou un bistouri.

Il n'en est plus de même avec « l'Astillado ». A la section se joint ici la contusion, avec ses conséquences habituelles d'attrition des tissus et d'extravasation sanguine et lymphatique. Les lèvres de la plaie sont le plus souvent irrégulières, bleuâtres, infiltrées de sang, décollées, déchiquetées.

Enfin, dans le cas du « Mogon », c'est surtout la contusion qui se produit. En ce cas, la corne, agent vulnérant à surface large et mousse, broie les tissus, en respectant les téguments sans les perforer, — au moins immédiatement.

De ce qui précède, on peut conclure que la grande caractéristique, la plus importante sans doute des blessures par coups de corne, c'est la contusion qui provoque, on le sait, autour de la plaie une zone de « stupeur locale », caractérisée par l'insensibilité et le ralentissement de la circulation, et crée un excellent terrain pour le développement des infections variées.

Dans ce terrain de résistance amoindrie, la corne apporte sa souillure. Elle vient de fouiller le ventre d'un cheval; du sang, des excréments, de la poussière lui adhèrent; elle est un mode assuré d'inoculation. Ainsi se trouve réalisée la double infection « tellurique et stercorale ». A cela il faut ajouter l'apport des débris vestimentaires, surtout évident avec les toros à cornes déchiquetées qui entraînent inévitablement avec elles des lambeaux de vêtements, dont

on peut affirmer qu'ils sont souillés dès les premiers actes de la corrida. Et les mains des employés qui transportent le blessé à l'infirmerie et s'appliquent sur la blessure, apportent aussi leur part d'infection.

Voici donc dans quelles conditions, riches de promesses infectieuses, se présentent ces blessures. Mais le fait qu'elles évoluent sur un torero fait intervenir certains éléments qui peuvent en modifier la marche, les uns d'une manière funeste, les autres d'une manière heureuse.

Sur la foi de quelques romans, ou sensibles au charme de la musique de Carmen, beaucoup de personnes ne peuvent se représenter le torero autrement que sous les traits d'Escamillo, prototype classique, en France, du matador. Elles pensent que, sorti du cirque où il vient de risquer la mort, le torero passe ses nuits en des réjouissances fabuleuses. Et celles dont l'imagination est plus vive encore, et hantée de poésie, songent au dialogue romanesque qu'après la corrida, le matador en veste courte et la « sevillane aux yeux noirs » échangent, dans une très étroite et très pittoresque ruelle, à travers la fenêtre grillée où grimpent des jasmins, des œillets et des roses. La légende est jolie et il y a quelque cruauté à la détruire.

La vérité est cependant tout autre. Le torero d'aujourd'hui n'a plus le temps ni les moyens d'être un Don Juan Tenorio. L'art de combattre les toros nécessite, en plus de courage et d'art, une grande résistance physique. Le torero a besoin de toutes les forces de sa jeunesse. Une partie en est employée dans les combats de l'arène ; le reste est absorbé par les voyages et les déplacements nombreux et continuels que la profession impose, à ceux surtout que leur valeur place parmi les favoris des foules. Et il y a encore l'entraînement auquel le matador doit nécessairement s'astreindre pour assurer le développement constant le plus parfait et le plus harmonieux possible de son être physique. Dans ses mémoires, Bombita expose la façon dont il le pratiquait. « Pour mon entraînement, dit-il, j'allais

tous les matins passer trois heures dans un gymnase de Séville, terminant mes exercices par une douche froide. L'après-midi, je faisais une promenade de huit à dix kilomètres. Avant dîner, je me faisais masser à l'alcool et me couchais à minuit. En voyage, j'emportais un jeu de poids avec lequel je continuais mon entraînement. »

La vie pénible du torero opère, on le voit, une véritable sélection; elle élimine les moins résistants, elle augmente la qualité des autres.

C'est donc une élite, de santé parfaite et de grandes qualités athlétiques, qui est appelée à subir les blessures par coup de corne. Les toreros sont, en majorité, des hommes jeunes, dans la force de la vie, exempts le plus souvent de maladies débilitantes qui pourraient entraîner une grande facilité d'infection, et pratiquant les sports et une bonne hygiène. Il semble donc que les obligations mêmes de leur profession les mettent en état de grande résistance physique.

Mais, au-delà de certaines limites, la résistance physique est dépassée. La fatigue nous en avertit. Elle nous met en garde contre nous-même. Sous le rapport de la conservation de l'individu elle est, pour nos propres fonctions, ce que nos sens sont pour tout ce qui nous environne : eux et elles sont véritablement « les sentinelles de la vie ». Un exercice convenable nous procure un bien-être réel; son excès nous procure un « mal-être » pénible.

Cette fatigue physique se complique d'ailleurs d'une fatigue nerveuse, celle-ci conditionnant peut-être celle-là. « Même dans l'effort musculaire, dit Charles Ribot (Physiologie des nerfs et des muscles), le siège de la fatigue est dans les centres nerveux qui ordonnent la contraction, non dans les muscles. » Le torero doit singulièrement l'éprouver, à qui le combat de l'arène procure une tension d'esprit extrême et qui doit faire face à la peur; la peur inévitable, qui ne se limite pas aux deux heures passées dans la piste, mais s'augmente des angoisses qui précèdent la

course ; la peur qu'il faut vaincre et sur les ruines de laquelle le torero « doit sculpter son courage ».

Pour y arriver, son organisme doit libérer du potentiel nerveux qui l'étouffait. La mise en action brutale que nécessite la lidia ne peut se faire qu'au prix d'une dépense excessive d'influx nerveux, énorme chez ceux que la répétition de l'émotion « anaphylactise », moindre chez ceux qu'elle « mithridatise », chez tous considérable cependant. Cette dépense peut affecter les formes les plus variées, et cette notion explique peut-être, — je le dis en passant, — les crises de larmes que l'on observe parfois chez certains toreros, surtout dans les jours d'insuccès. Le fait de pleurer n'est pas alors, comme on le croit généralement, seulement un signe de faiblesse. « Il faut considérer les larmes comme une variété d'excitation centrale ; c'est de l'exaltation tempérée par la conscience de son impouvoir, qui fait que l'énervement, au lieu de s'écouler en contractions musculaires, en cris, en gestes et en trépignements, s'assouvit et s'en va sous la forme adoucie d'une sécrétion glandulaire » (Maurice de Fleury. — Les grands symptômes neurasthéniques, page 238).

Il est facile de concevoir à quel degré d'épuisement physique et nerveux peut atteindre un matador qui, comme Joselito « Maravilla », — mort tragiquement en 1920, en plaza de Talavera de la Reina, et que l'afición pleure encore, — passait six mois de l'année dans les plazas de toros. Sans avoir parfois le temps de dépouiller son costume de torero, il quittait la plaza pour le train qui devait l'emmener à la ville où il travaillait le jour suivant. En 1915, il toréa 102 corridas, 105 en 1906. Sans doute peut-on dire qu'il fut le seul des matadors à accomplir cette prouesse. Mais il convient de remarquer que Joselito disposait de moyens exceptionnels, et que Belmonte, par exemple, l'autre colosse de la tauromachie, de constitution plus débile, ne put jamais atteindre un chiffre aussi élevé de corridas, non point tellement par le fait des blessures qu'il subit en

cours de « *temporada* » que par l'épuisement de ses forces courrouvait un tel surmenage.

Or, ce surmenage doit certainement entrer en ligne de compte dans l'étude de l'évolution de ces blessures. On sait qu'il existe une fièvre de fatigue ou de surmenage qui atteint parfois au thermomètre 40°. Elle a été attribuée par certains physiologistes à la formation de substances ayant une action thermogène; par d'autres, au passage dans le sang des bactéries qui végètent sur le tégument cutané ou plutôt de celles qui pullulent dans l'intestin. Expérimentalement, en effet, Charrin et Roger ont montré que, chez des animaux morts à la suite de surmenage on trouve des microbes par ensemencement du sang, du foie ou de la rate.

Le surmenage favorise donc les infections : les expérimentateurs cités plus haut ont vérifié ces faits pour le charbon bactérien et le charbon symptomatique. Et il est permis de penser qu'il agit comme facteur aggravant dans l'évolution de ces blessures.

La fatigue physique et mentale n'agit-elle pas encore, comme le voulait Hénocque, en produisant le « ralentissement de la nutrition »? « Le ralentissement de la nutrition, dit Féré, qui se produit concurremment à la dépression mentale et consécutivement aux excitations fortes, peut expliquer comment les décharges nerveuses quelconques sont capables de diminuer encore la faible activité de la nutrition chez certains sujets. » Et la part que prend la peur dans la genèse de cette fatigue me rappelle les paroles de Bouchat : « Les impressions morales sont à la fois des causes déterminantes morbifiques spéciales et des causes prédisposantes générales de maladies. Leur nature et l'idiosyncrasie des individus, déterminent la variété de leurs effets; car tantôt leur action est immédiatement suivie de la réaction morbide, tantôt au contraire cette réaction est variable et incertaine. Les impressions morales, tristes ou dépressives, sont beaucoup plus souvent que les autres le

point de départ des maladies. Ces maladies ont pour cause la perturbation nerveuse et pour siège tous les appareils indistinctement ».

Inoculation par la corne; inoculation par les mains des employés durant le transport à l'infirmerie; plaie contuse et en état de moindre résistance; épuisement physique et nerveux, tels sont donc les facteurs qui exercent sur l'évolution de ces blessures une action défavorable. Il y faut joindre en certains cas la mauvaise influence de la presse: lorsqu'un torero est blessé, les journalistes cherchent à satisfaire la curiosité du public. Et le blessé peut lire parfois que, de l'avis du chirurgien, — qui du reste le plus souvent n'a pas été consulté, — son état est absolument désespéré. Le moral du malade peut en être profondément atteint.

*
* * *

Heureusement, il est aussi des facteurs favorables. J'ai dit, au début de ce chapitre, la bonne influence de la jeunesse et de la parfaite qualité athlétique du torero. Son mode d'alimentation, qui l'astreint à la diète depuis la veille de la corrida, joue un rôle en cas de plaie de l'abdomen; et il est certain que l'intestin d'un homme à jeun, s'il est blessé par la corne, déversera dans la cavité abdominale moins de produits toxiques que si cet homme était en période de digestion.

La manière dont est vêtu le torero, étroitement serré dans son costume, permet parfois à la corne qui l'atteint obliquement de glisser sur la soie sans la perforer. En cas de blessure d'un membre cette action constrictive (renforcée chez certains par des spicas de l'aîne et de l'aisselle) peut diminuer l'abondance de l'hémorragie; en cas de blessure de l'abdomen (protégé en partie par la longue ceinture de

soie), la hernie, l'issue des viscères, complication grave et qui permet la contamination et l'infection des parties herniées. peut être empêchée.

On sait le rôle important des débris vestimentaires dans l'infection des plaies par coup de corne. On peut se demander si le torero ne pourrait lutter contre cette cause d'infection en portant des vêtements non pas stériles, — la chose serait trop difficile à réaliser, — mais antiseptiques. Ainsi pourrait-il espérer sinon empêcher, du moins gêner, la pullulation des germes en cas de blessures.

Un autre élément intervient en faveur des blessés de l'arène : la rapidité dans l'assistance médicale. De l'instant de la blessure à celui des premiers soins, il s'écoule généralement à peine cinq minutes. Cela n'arrive pas pour les blessés de la rue ou des ateliers, non plus que dans les accidents de chemin de fer ou d'automobile, — qui sont d'autre part exposés à toutes les imprudences thérapeutiques jusqu'à ce que des mains habiles et expertes arrivent à leur pratiquer une cure réglée et scientifique. Et bien qu'il soit démontré, par les recherches de A. Policard et Phélip, que la pullulation microbienne n'est déclenchée qu'après la sixième heure, on ne saurait contester que, dans tous les cas, l'intervention a d'autant plus de chances de succès qu'elle est pratiquée plus tôt.

Je me permets encore une hypothèse : un torero qui a déjà reçu plusieurs blessures par coup de corne de toro et a subi, par conséquent, plusieurs fois l'infection fécale et tellurique qui en est la condition fondamentale, ne saurait-il être en quelque sorte immunisé, vacciné contre cette infection ?

Ces influences heureuses interviennent pour permettre et hâter la guérison de ces blessures, et fournissent en partie la réponse à la question que se posait le Docteur Ruiz dans *Arènes sanglantes* : « Comment se fait-il que ces plaies horribles guérissent plus vite que les blessures ordinaires ? C'est un prodige. Ou ces gaillards-là ont des muscles de

chien, ou la corne avec toutes ses immondices, garde une vertu curative que nous ignorons ».

Il est encore, à mon avis, une raison à la rapidité, — le plus souvent remarquable, — de cette guérison.

Si les philosophes ont quelquefois nié l'influence du moral sur le physique, si Mallebranche a pu déduire logiquement de la théorie cartésienne « l'âme qui n'est que pensée ne saurait agir sur le corps qui n'est qu'étendue », les médecins, eux, ont admis depuis les temps les plus reculés que les différents états de l'âme pouvaient avoir leur retentissement sur l'économie tout entière. Ambroise Paré l'exprimait quand il disait : « Les joyeux guérissent toujours ». Et Velpeau donnait quelques exemples assez saisissants des résultats qu'en pouvait attendre le chirurgien : « On se fait à peine une idée de l'influence des secousses morales sur la marche des maladies. La frayeur du pape Innocent fut si grande, dit Saint-Augustin, quand on lui annonça qu'il avait besoin d'être opéré une seconde fois de la fistule à l'anus, qu'on ne trouva plus le lendemain qu'une cicatrice ferme et solide à la place des sinus et des clapiers qui existaient la veille. Une hémorragie qui ne cédait à rien, s'arrêta brusquement quand Collot dit au malade qu'il était en danger et qu'il fallait mettre ordre à ses affaires. » Pour Gosselin, toutes les circonstances qui abaissaient la tension morale étaient des causes « non plus prédisposantes mais tout à fait occasionnelles de l'intoxication ». « En effet, dit-il, pour que les plaies aient de la vitalité et se cicatrisent rapidement, il faut que le blessé dorme et mange bien, ce qu'il ne fait pas s'il a l'esprit attristé et préoccupé ».

La préoccupation principale du torero blessé est de savoir la date à laquelle il pourra se remettre à la pratique de son art. Il a hâte de guérir; son intérêt est de pouvoir se lever le plus tôt possible; il désire ardemment sa guérison; il s'auto-suggestionne perpétuellement dans ce sens. Je suis

persuadé pour ma part que cet état d'esprit est particulièrement propice à favoriser la guérison.

A coup sûr, cette auto-suggestion et cette volonté de guérir ne sauraient agir directement sur les altérations organiques ou sur les agents microbiens qui les compliquent. Mais en modifiant, d'une manière heureuse, les symptômes tels que l'insomnie, la toux, l'inappétence, les vomissements, voire même en corrigeant l'intolérance pour les médicaments, en relevant les forces morales et physiques, elles augmentent la puissance de défense de l'organisme, et lui permettent de lutter plus rigoureusement contre ses lésions.

* * *

J'ai exposé les conditions générales de production et d'évolution des blessures par coup de corne de toro. Je voudrais maintenant examiner rapidement ces blessures au point de vue de leur fréquence, et voir comment elles peuvent entraîner la mort du torero. Dans ce but j'ai établi, — travail pénible et ingrat, — des tableaux statistiques. Je ne les rapporte pas tous, ce qui ne laisserait pas d'être long et fastidieux, et serait de plus inutile. Chaque année, en effet, apporte, toujours sensiblement le même, quant au nombre et à la variété, son tribut de blessures.

J'ai réuni, en un premier tableau, les blessures survenues en 1911-1912 ; en un deuxième, celles survenues en 1921-1922. J'ai fait ainsi parce que dans la période qui va de 1912 à l'époque actuelle, l'art de toréer a sensiblement évolué. L'apparition dans les cirques, vers 1912, de Belmonte et de Joselito, a fait connaître aux foules un style nouveau, qui les séduisit tout de suite, et si complètement que pour satisfaire au goût du public, les autres toreros durent s'y adapter. Il semble que l'homme s'expose désormais davantage et de plus près aux cornes du toro. J'étais curieux de

Blessures par corne de toro, au cours des années 1911 et 1912

	MEMBRES	AINE	RÉGION ABDOMINALE	THORAX	COU	RÉGION FESSIÈRE ET ANO-GÉNITALE
Matadors d'alternative	Cuisse droite. 6 Cuisse gauche. 6 Jambe droite. 5 Jambe gauche. 1 Bras droit. . . . 2 Bras gauche. . . 1 Main droite . . . 1	Cinq blessures	Trois blessures	Cinq blessures	Deux blessures	Région fessière . . . 5 Région anale 1 Scrotum 2
Matadors de novillos	Cuisse droite. 17 Cuisse gauche 7 Jambe droite . . 2 Jambe gauche. . 1 Bras droit. . . . 7 Bras gauche. . . 2	Cinq blessures	Quatre blessures	Deux blessures	Six blessures	Région fessière. . . . 6 Région anale 4 Scrotum 2 Pénis. 1
Banderilleros	Cuisse droite. 3 Cuisse gauche. 4 Jambe droite. . 2 Bras droit. . . . 2 Main droite . . . 1	Trois blessures	Fosse iliaque une	Blessures péné- trantes graves 2 Région costale . 1 Région précardiale. 1	Une blessure	Région fessière. . . . 4 Région anale 2 Scrotum 2 Pénis. 1
Picadors	Cuisse droite. 8 Jambe droite. 1 Pied droit. . . . 1 Aisselle droite. 1 Bras droit. . . . 1 Main droite. . . . 1	Aine droite une			Une blessure	Scrotum 1

Blessures par corne de toro au cours des années 1921 et 1922

	MEMBRES	AINE	ABDOMEN	POITRINE	COU	RÉGION FESSIÈRE ET ANO-GÉNITALE
Matadors d'alternative	Cuisse droite . 9					Région fessière. 3
	Cuisse gauche. 4					Région anale... 1
	Jambe droite. 2			Une	Une	Scrotum 1
	Jambe gauche. 1	Deux	Quatre	blessure	blessure	
	Aisselle droite 1	blessures	blessures			
	Bras droit . . . 1					
Matadors de novillos	Main droite... 1					
	Cuisse droite . 30					
	Cuisse gauche 8					
	Jambe droite . 2					
	Jambe gauche. 3	Onze	Huit	Douze	Trois	Région anale . . 1
	Aisselle droite 3	blessures	blessures	blessures	blessures	Scrotum 3
Banderilleros	Bras droit... 5					
	Bras gauche... 3					
	Main droite... 2					
	Main gauche.. 2					
	Cuisse droite . 6	Deux	Trois	Deux	Une	Région fessière 5
	Cuisse gauche. 6	blessures	blessures	blessures	blessure	Scrotum 2
Picadors	Jambe droite.. 1					
	Bras droit... 1					
	Bras gauche . . 1					
	Cuisse droite . 5					
	Cuisse gauche. 1					
	Jambe gauche. 1					
	Main droite... 1					

Blessures ayant entraîné la mort

	MEMBRES	AINÉ	ABDOMEN	POITRINE	RÉGION FESSIÈRE	COU
Matadors d'alternative (1) (Du 23 juin 1771 au 17 janvier 1907)	Cuisse droite. 6	Droite 2	Aire centrale.. 2	Cœur et poumon droit... 1		
	Cuisse gauche 2	Gauche 1	Fosse iliaque droite 2	Région mammaire gauche 1	Droite 1	
Matadors de novillos (2) (Du 23 août 1844 au 23 juin 1906)	Cuisse droite. 2		Aire centrale.. 4		Région périnéale 2	
	Jambe gauche. 1		Fosse iliaque dr. 1 Hypogastre (avec blessure vessie et intestin) . . . 4	Une blessure	Région anale. 2 Testicule gauche 1	Section de la jugulaire . . 1
Banderilleros (3) (Du 5 juin 1840 au 17 avril 1906)	Cuisse droite. 3		Aire centrale.. 5		Région fessière 1	
	Cuisse gauche. 3		Hypogastre . . . 1	Quatre blessures dont une avec plaie du cœur.	Région périnéale 2	
	Jambe droite.. 3	Droite 3	Hypogastre gauch. 3		Région anale.. 1	
	Jambe gauche. 2	Gauche 2			Scrotum 4	
Picadors (4) (Du 9 juillet 1793 au 14 octobre 1906)	Aisselle droite.. 1					
	Cuisse droite. 1					
	Pied droit. . . . 1					

(1) Cinq décès sont, en outre, survenus du fait de blessures considérées d'abord comme légères et compliquées par la suite, au point d'entraîner une issue fatale.
 (2) Il y a eu, pendant cette période, 28 décès parmi les matadors de novillos. Le tableau ci-dessus répond seulement à 19 d'entre eux. Les neuf autres sont survenus comme il est dit pour les matadors d'alternative, à la suite de blessures minimes compliquées.
 (3) La même remarque s'applique encore aux banderilleros, qui comptent, dans ce laps de temps, 44 victimes, dont 34 seulement sont ici envisagées.
 (4) Parmi les 33 décès de picadors que l'on relève du 9 juillet 1793 au 14 octobre 1906, il n'en est que deux résultant de blessures. Les autres relèvent de contusions, de fractures et surtout de commotion cérébrale.

me rendre compte si cette influence se traduirait par des chiffres. Les statistiques paraissent bien prouver qu'il en soit ainsi.

J'ai ensuite relevé les blessures mortelles signalées jusqu'en 1906. (Las Víctimas del Toreo : El Bachiller Gonzalez de Rivera y Recortes.)

Il apparaît que les régions les plus fréquemment traumatisées sont :

D'abord les membres inférieurs, les cuisses surtout ;
Ensuite l'aîne et la région abdominale.

Ce sont aussi les blessures de ces régions qui entraînent le plus fréquemment la mort :

Les blessures de la cuisse, avec section de la fémorale, si elles ne bénéficient pas d'une intervention rapide et adéquate, produisent d'une manière générale la mort par hémorragie ;

Les blessures de la région abdominale provoquent le plus souvent la mort par infection péritonéale.

Les blessures mortelles, quelle que soient les régions qu'elles intéressent, peuvent être divisées ainsi que le fait le Docteur José Vilar Giménez en :

a) Blessures mortelles par elles-mêmes, « *mortalis per se* », ou nécessairement mortelles ;

b) Blessures mortelles par complication, « *mortalis per accidens* ».

Il ne me paraît guère utile d'insister sur ces points, et je me contenterai de rappeler les cas récents de Granero et de Varelito.

Voici le bulletin médical publié par le Docteur Hinojar, et décrivant la blessure de Granero reçue le 7 mai 1921 en plaza de Madrid, blessure « *mortalis per se* » :

« Pendant la lidia du troisième toro, est entré dans cette infirmerie le diestro Manuel Granero, avec une blessure dans la région orbitaire droite et fracture du fond de

cette cavité. Elle se poursuit vers la fosse cérébrale moyenne, la traversant dans toute sa longueur, détruisant la masse encéphalique. Fracture des os frontal, ethmoïde, sphénoïde, pariétal, temporal, maxillaire supérieur et maxillaire, avec déchirure des parties molles du péricrâne depuis l'orbite jusqu'à la région mastoïdienne du même côté. L'orbite est complètement vidée de son contenu, et il y a hernie d'une grande quantité de matière cérébrale... La blessure est mortelle de nécessité.

« Autre blessure de 3 centimètres d'extension sur la face antéro-interne de la cuisse droite.

« Le blessé, qui entra à l'infirmerie en état préagonique, mourut quelques instants après » (Docteur Hinojar).

La blessure de Varelito, au contraire, survenue le 21 avril 1921, et ayant déchiré le sphincter et la paroi antérieure du rectum, s'accompagnant en outre de déchirures musculaires et de lésions de vaisseaux, entraîna la mort de ce diestro, par septicémie, le 13 mai suivant. Blessure « *mortalis per accidens* ».

TROIS OBSERVATIONS

J'eusse aimé rapporter ici des observations nombreuses et les commenter. Les difficultés de l'heure présente, que rend plus cruellement sensibles encore l'intransigeance des imprimeurs, m'obligent à limiter mes désirs.

Je citerai seulement trois observations qui répondent aux trois types les plus fréquents des blessures par corne de toro, et qui sont assez démonstratives des dégâts qui peuvent en résulter. Et je n'y ajouterai rien d'autre... qu'un hommage à l'habileté des opérateurs.

Observation I.

(F. et R. VILLAR, de Bordeaux.)

L..., blessé en plaza de Bordeaux au mois de mai 1907.

Blessure de la cuisse droite par coup de corne; la corne est entrée au niveau du triangle de Scarpa.

L'hémorragie est considérable. Le blessé est transporté à l'infirmerie où lui sont donnés les premiers soins (tamponnement, pansement compressif).

De là, on le transporte à la clinique du Professeur VILLAR où il est immédiatement opéré.

Quand on enlève le tamponnement, on se trouve en présence d'une large plaie contuse, avec décollement du paquet vasculaire et plus particulièrement de la veine qui semble comme disséquée.

La veine saphène interne, arrachée, paraît être l'origine de l'hémorragie. On en fait la ligature.

On aperçoit, à ce moment, une petite déchirure de la veine fémorale, dont on pratique la ligature latérale.

La région est alors nettoyée et épluchée, et on applique un pansement.

On injecte 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Durée du traitement : la blessure tarde huit semaines à se fermer.

Les suites ont été très bonnes.

Observation II.

(Professeur agrégé ROCHER.)

Emilio M..., âgé de 26 ans, est blessé le 6 mai 1923 à 5 heures en plaza de Bordeaux-Bouscat. Il reçoit un coup de corne de toro au niveau de la fosse iliaque externe droite. A son entrée dans l'infirmerie, où il a été transporté, il est pâle et en état de légère défaillance.

Je défais ses vêtements et je constate une plaie transversale, de 4 centimètres de long, au niveau de la fosse iliaque externe. Je me rends compte immédiatement, en décollant les lèvres de la peau, qu'il existe une anse d'intestin grêle herniée. Après désinfection à la teinture d'iode, la plaie cutanée est fermée au moyen de quelques agrafes. Muni d'un pansement compressif et d'un bandage de corps, le blessé est transporté à la maison de santé, où je l'opère à 6 heures, une heure après sa blessure.

Le blessé a conservé toute sa lucidité d'esprit et ne paraît pas trop choqué.

Sous anesthésie locale à la cocaïne à 1/300^e, additionnée d'adrénaline, je pratique suivant la direction de la plaie un débridement large de la paroi abdominale. L'artère épiploïque n'est pas intéressée. L'anse intestinale présente au niveau du pédicule de la portion herniée, une perforation transversale qui intéresse la moitié du diamètre de l'intestin. La suture est faite en trois plans. Je réduis avec prudence l'anse suturée ; je suis surpris, à ce moment, de constater une énorme quantité de sang au travers de la plaie abdominale. Ce sang est noir, et il remplit tout l'abdomen. Ne pouvant continuer l'exploration dans de telles conditions, je pratique l'anesthésie au chloroforme-éther, j'agrandis la laparotomie, et je constate que le sang ne vient ni des vaisseaux épiploïques ni des vaisseaux iliaques. L'épiploon que l'on attire est

dilacéré, quelques vaisseaux saignent ; ils sont liés. En dehors du colon ascendant, le péritoine de la fosse iliaque et de la région lombaire est déchiré comme si la section avait été faite au bistouri.

Malgré toutes mes recherches, je ne puis trouver de vaisseaux importants qui saignent. Peut-être la face inférieure du foie a-t-elle reçu le choc de la pointe de la corne. En tous cas, ne pouvant continuer plus longtemps cette exploration abdominale, je place un gros drain dans l'excavation pelvienne, puis un autre drain de même calibre, le long du colon ascendant. Suture de la paroi abdominale en deux plans musculo-séreux et cutané.

Les suites opératoires furent mouvementées, pendant les trois premiers jours, à cause de l'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvait le blessé et à cause de la grande perte de sang qu'il avait subie.

Pendant ces trois jours, une quantité importante de sang sortit par les drains abdominaux ; en aucun moment, il n'y eut de réaction péritonéale. Mais le huitième jour on constate de la myocardite avec intermittence, arythmie, premier bruit sourd.

Traitement : digitale de Nativelle.

Quelques jours plus tard, le blessé présente de la bronchite généralisée avec expectoration muco-purulente abondante. Et du côté droit, on constate des signes de pleurésie, épanchement en lame. Deux ponctions ne retirent qu'une toute petite quantité de liquide. Traitement : cataplasmes sinapisés, ventouses. Cet état dure pendant quinze jours.

Au vingt-septième jour le blessé quitte la clinique complètement guéri, présentant une souplesse absolue du côté de son abdomen, un peu de raideur du côté de la colonne vertébrale et un excellent état général.

En résumé, blessure de l'intestin grêle avec hémopéritoine important provenant de la déchirure des vaisseaux épiplœiques et peut-être d'une lésion de la face inférieure du foie.

Les suites opératoires furent sérieuses à cause de l'évolution d'une myocardite, d'une bronchite généralisée et d'une pleurésie droite.

Observation III.

(Docteur GUIBAL, de Béziers.)

En plaza de Béziers le 26 juin 1921, le matador F..., âgé de 34 ans, au cours d'une passe de muleta est embroché au niveau de la poitrine par la corne droite du toro. La bête le soulève de terre et le secoue rudement. Le torero tenant de ses deux mains la base de la corne droite, s'efforce de se maintenir. Il est dégagé par deux de ses camarades et emporté à l'infirmerie.

Je le vois aussitôt. Il est très pâle et choqué. Quand il est dévêtu je note une plaie à bords contus, longue de 8 centimètres environ, sur la ligne axillaire antérieure, au-dessous et un peu en dehors du mamelon droit. Cette plaie saigne modérément; l'air y pénètre et en sort bruyamment; il n'y a pas d'hémoptysie. Le pouls est à 90°, très faible. Le sujet garde toute sa connaissance; on lui fait une piqûre de morphine et on l'emporte aussitôt à ma clinique après obturation de la plaie par un large pansement. L'accident avait eu lieu à 3 h. 45. Il est mis sur la table d'opération à 6 heures; l'état général est inchangé: soif vive, pâleur, pouls petit à 90°.

Anesthésie à l'éther; excision des bords contus de la plaie, peau et muscles. Les côtes 6 et 7 ont été fracturées, la deuxième en un seul point, la première en deux endroits séparés par 6 centimètres environ. Le fragment costal intermédiaire, adhérent par son bord postérieur, a basculé en dedans et son bout postérieur, acéré comme un couteau, a embroché le poumon où il reste fiché. J'excise ce fragment qui est presque libre; je régularise les bouts des côtes fracturées.

Une intercostale, sectionnée par la corne, donne un faible jet; elle est liée à ses deux bouts.

Le poumon est attiré par une pince en cœur. La petite perforation produite par la côte est suturée par un point de catgut: elle saignait à peine.

Le poumon présente les marques d'une forte contusion avec teinte ecchymotique très large. Cette ecchymose doit être due aux coups répétés de la pointe de la corne pendant les secousses violentes que la brute infligeait à sa victime. Celle-ci nous dit plus tard qu'elle sentait la corne fourrager dans son thorax et

menacer de le transpercer en arrière à la pointe de l'omoplate. Les dimensions de la plaie prouvaient que la corne avait pénétré jusqu'à sa base ou racine.

L'hémothorax, d'importance modérée, est asséchée à la compresse.

Enfin une suture totale de la paroi musculaire est pratiquée, laquelle ferme complètement la plèvre, et la peau est suturée sans drainage.

Dès que la plèvre est fermée et que cesse la traumatopnée on remarque un mieux-être très sensible dans l'état du sujet et son pouls redevient bien meilleur.

Les suites sont simples pendant trois jours et le torero, homme dur et énergique, se levait déjà lorsqu'une poussée fébrile à 40° et des signes d'épanchement pleural nous amènent à faire une ponction exploratrice. Je retire 600 grammes de liquide séro-hématique très foncé. La fièvre tombe aussitôt et le liquide ne se reforme plus.

Le torero quitte la clinique le dixième jour, à peu près complètement guéri. Tout épanchement fait défaut dans sa poitrine ; l'air s'est résorbé spontanément ; le murmure vésiculaire s'entend bien au sommet ; la base est obscure.

L'excellence du résultat obtenu s'explique par la précocité de l'intervention ; par l'énergie du sujet qui resta levé toute la journée à partir du troisième jour et passa tout son temps au jardin à partir du cinquième, allant, venant, faisant des exercices de gymnastique respiratoire continuellement car il avait le souci de garder « sa forme » pour pouvoir reprendre sa profession et tenir ses engagements ; enfin par la sobriété extrême de ce torero qui ne buvait que de l'eau, qui ne mangeait jamais ni viande, ni œufs, ni poisson, et dont la nourriture se composait exclusivement de fruits et de légumes verts.

Cette observation démontre l'effet choquant du pneumothorax ouvert et de la traumatopnée.

Le choc est d'origine réflexe et provoqué par l'entrée et la sortie de l'air qui irrite la plèvre dont on connaît l'extrême sensibilité. Le choc cesse quand on oblitère tempo-

rairement la brèche thoracique par un champ ou quand on la ferme définitivement par la suture.

Il se peut que la dislocation du médiastin ait une certaine part dans la production de ce choc : on la corrige en fixant et attirant le poumon avec une pince à cadre.

Mais le rôle fâcheux de la traumatopnée est plus évident et sans doute prépondérant.

De l'Infirmierie à la Plaza de Toros.

J'ai essayé d'établir, en étudiant les conditions générales d'évolution des plaies par corne de toro, l'impérieuse nécessité de la cure d'urgence. Le Docteur José Vilar Giménez, — qui mène sur ce terrain le bon combat, se heurtant le plus souvent à l'indifférence pénible des Directeurs d'arènes, des aficionados et de la plupart des toreros eux-mêmes, — l'avait, avant nous, démontrée. Je rapporte ici les cas de Carpio et de Conejito, par lesquels il illustre dans son remarquable livre « Charlas médico-aurinas », l'importance de l'action chirurgicale réalisée dans la plaza même :

« Le 27 août 1916, à Astorga, le matador Antonio Carpio subissait une blessure de la fémorale. Voici le bulletin qui fut transmis à la presse :

« Antonio Carpio présente une blessure à la partie supérieure de la cuisse droite de 15 à 20 centimètres d'extension, qui intéresse le tissu cellulaire sous-cutané et a déchiré les muscles correspondants. Il a eu une hémorragie si abondante que les médecins craignent que la fémorale n'ait été lésée. Par prescription des médecins, Carpio est resté dans l'infirmierie de la plaza, parce que son état fait craindre un dénouement fatal. »

« De la lecture du précédent télégramme, il ressort que la direction de la plaza de toros de Astorga ne pensa même pas que pourrait survenir un cas de chirurgie d'urgence qui nécessiterait, dans l'infirmierie de la plaza, des gazes stérilisées en abondance pour faire un bon tamponnement

de la blessure, cependant qu'un aide eut préparé le nécessaire pour faire la ligature de la fémorale; 3.000 ou 4.000 grammes de sérum physiologique normal pour réparer la perte de sang; des écarteurs, des pinces de Péan, des soies, du catgut, etc... etc...

« Pourquoi la ligature ne fut-elle pas pratiquée ? Et si le champ opératoire n'était pas suffisant, comme le dit le bulletin, pour permettre d'apprécier si la fémorale était sectionnée, pourquoi la blessure ne fut-elle pas débridée ?

« Le doute n'est pas possible; il y eut impossibilité de pratiquer cette petite intervention par manque d'un matériel approprié au cas. »

Le cas de Conejito, en revanche, montre l'importance d'une infirmerie bien organisée.

« Le 12 avril 1923 se célébrait dans la plaza «las Arenas», de Barcelone, l'inauguration de la temporada. Le quatrième toro infligea au diestro Conejito une blessure à la cuisse droite. Le blessé marcha jusqu'à la barrière où, par suite de la grande hémorragie, il s'évanouit. On le transporta à l'infirmerie. Les médecins, — parmi lesquels le Docteur José Vilar Giménez, — étaient préparés pour le recevoir. On lui pratiqua sur le champ :

- 1° Un tamponnement compressif de la région traumatisée avec de la gaze stérilisée ;
- 2° Une injection de 3.000 grammes de sérum artificiel ;
- 3° La compression digitale au niveau de l'arcade crurale;
- 4° La ligature de la fémorale. »

Voici donc deux blessures exactement semblables, mais différemment traitées : la première, abandonnée à elle-même à la faveur du dénûment complet de l'infirmerie entraîne la mort du matador Antonio Carpio; la seconde, au prix d'une opération minime, pratiquée dans une infirmerie convenablement aménagée, sauve la vie du matador Conejito. Quelle preuve plus saisissante de l'importance de l'infirmerie !

Mais si son rôle primordial commence, malgré tout, de se manifester aux yeux même des moins clairvoyants, il n'a point toujours été admis de la sorte.

Lorsqu'il tombait blessé, sur le sable du cirque, le gladiateur romain, le peuple ayant donné le signal de sa mort, était abattu comme une bête. Mais, lorsque la clémence de l'Empereur lui accordait la vie, il était transporté dans une infirmerie. Là, un vieux belluaire, retiré des combats du cirque, lui prodiguait les baumes et les huiles curateurs. Et toutes les ressources dont l'art encore jeune d'Hippocrate pouvait alors disposer étaient mises au service de sa guérison. Il y avait donc là, à une époque cependant réputée barbare, un réel effort thérapeutique.

On peut donc s'étonner et se montrer douloureusement surpris de voir, à notre époque où la chirurgie permet de merveilleux miracles, dans quel état d'abandon ont été généralement laissées les infirmeries dans les plaza de toros.

Les temps ne sont pas éloignés où les descriptions étaient toutes semblables qui dépeignaient des salles obscures où entraient plus de poussières que de lumières, et dont tout le mobilier se composait d'une table recouverte d'une toile cirée.

C'est là que le diestro blessé était conduit, et que des camarades lui prodiguaient des soins dévoués mais maladroits : les uns tamponnant la plaie par le moyen d'une éponge sale imbibée d'une eau croupie au fond d'un arrosoir, les autres versant sur la blessure, du vin, de l'alcool et toutes les ressources thérapeutiques analogues que pouvait offrir la buvette voisine. Et lorsqu'arrivait enfin le médecin, qui n'était jamais là, mais que l'on était allé chercher parmi les spectateurs et plus souvent même en dehors de la plaza, la qualité et le nombre de l'instrumentation compliquaient singulièrement l'exécution de l'opération et rendaient problématiques ses chances de succès.

Et que l'on ne pense pas que j'exagère à dessein un tableau déjà suffisamment sombre par lui-même.

Le Docteur José Vilar Giménez, que je cite encore, décrit « une chambre sale, lugubre, pleine de toiles d'araignées, suant le rhumatisme ». Et il détaille ainsi l'arsenal chirurgical de cette infirmerie : « Quelques pinces, quelques ciseaux, quelques aiguilles (le plus souvent rouillés); des soies, un bout de bande, un paquet de gaze iodoformée et du coton, la traditionnelle bande d'Esmarck, et dans les infirmeries les mieux assorties l'antique tourniquet de Petit. N'est-il pas vrai que la description de cette infirmerie plus qu'à un endroit où l'on va chercher la santé et les moyens de sauver sa vie, ressemble à une chambre de tortures, telles que l'on nous décrit celles de l'Inquisition. Doit-on s'étonner que la liste funèbre soit si nourrie lorsqu'on voit qu'il existe encore des infirmeries fonctionnant dans ces conditions ? Que de diestros hors de combat ! que de toreros ou aspirant à l'être ont perdu la vie à l'aurore de leur triomphe ! combien furent mutilés au plus haut de leur renommée ou au début de leur fortune, à la suite de déficiences dans le service sanitaire ou par manque d'infirmeries ! ».

Mais le Docteur José Vilar Giménez ne se contente pas de détruire. Il essaie aussi, — la chose peut paraître anormale, — de bâtir. Et il trace le plan de l'infirmerie moderne :

« Comme un temple sacré dédié au culte de la médecine et où le blessé de la piste vient implorer le secours de la divine chirurgie, l'infirmerie sera le meilleur local de la plaza, spacieux, propre, hygiénique, pourvu d'une lumière abondante, naturelle et artificielle, et d'un arsenal chirurgical « hypertrophié ». Son fonctionnement sera assuré par un médecin spécialiste dans l'art de soigner les blessures. Elle comprendra deux locaux : l'un destiné à servir de salle d'opération (l'opération étant le premier acte de

l'assistance au blessé), et l'autre devant servir de « clinique », où il y aura quatre ou six lits, et où l'on transportera le blessé après l'opération.

Dans la salle d'opération, il y aura une table d'opérations moderne; un autoclave pour stériliser les compresses, des bandes et un appareil spécial pour l'ébullition et la stérilisation de l'eau; des flacons de chloroforme et d'éther pour anesthésier le blessé si la cure doit être sanglante ou laborieuse; du sérum antitétanique qu'on injectera au blessé à son entrée dans l'infirmerie; du sérum artificiel en grande quantité en cas d'hémorragie; un tube d'oxygène comprimé; une grande vitrine avec un assortiment complet d'instruments chirurgicaux pouvant permettre de pratiquer toutes sortes d'interventions, depuis la petite suture jusqu'à la trépanation, la laparotomie, etc..., en passant par la ligature ou l'amputation. »

Cela, c'est l'infirmerie idéale, l'infirmerie telle qu'elle devrait toujours être, telle qu'elle est dans certaines grandes plazas d'Espagne.

L'infirmerie telle qu'elle est dans beaucoup de plazas d'Espagne, telle qu'elle est dans la plupart des plazas françaises, ne répond point toujours parfaitement à cette description.

En France, où le nombre des corridas qui se donnent chaque année dans chaque plaza est assez réduit, il est difficile d'exiger des Empresas l'infirmerie modèle que demande le Docteur José Vilar Giménez. Il faut reconnaître cependant le réel effort qu'ont exercé dans ce sens certaines de nos plazas, celles de Bordeaux et de Béziers notamment. Dans ces deux villes, l'infirmerie de la plaza est organisée à peu près exactement comme le prescrit le règlement espagnol des corridas de toros.

« L'infirmerie devra être installée précisément au centre de la plaza de toros, dans l'endroit le plus près possible du redondel, et d'un facile accès. Elle consistera en une salle

bien aérée et bien éclairée par la lumière naturelle, de dimensions minima de 15 mètres carrés, en communication avec une salle de dimensions égales, pour y installer des lits et un service d'hôpital; ou bien en une salle de 30 mètres carrés, si dans la même habitation on installe les lits et l'infirmérie...

... Cette infirmerie sera dotée de tout le matériel nécessaire prévu par décret royal du 8 septembre 1911 :

- 1° Une table d'opération ;
- 2° Deux lits pourvus de matelas et de draps ;
- 3° Un appareil pour faire bouillir l'eau. (Il faut que cette dernière soit chauffée pendant toute la course) ;
- 4° Un lavabo ;
- 5° Un récipient pour l'eau ;
- 6° Deux seaux pour jeter l'eau dont on s'est servi ;
- 7° Deux douches (d'Esmarck) de 2 litres chacune ;
- 8° Une armoire et une petite table avec tout ce qu'il faut pour écrire.

Dans toute infirmerie, il y aura indispensablement les instruments de chirurgie suivants :

- 1° Une dizaine de pinces de Péan ;
- 2° Une paire de pinces larges de Spencer ;
- 3° Des ciseaux droits et des ciseaux courbes ;
- 4° Deux bistouris droits, un courbe, et un autre à bouton ;
- 5° Deux pinces à dissection ;
- 6° Deux sondes cannelées ;
- 7° Deux écarteurs larges de Farabeuf ;
- 8° Deux seringues à injection ;
- 9° Deux sondes de Nélaton ;
- 10° Un appareil à anesthésie ;
- 11° Du chloroforme ;
- 12° Des aiguilles, de la soie et du catgut ;
- 13° Deux drains ;

14° Deux tubes et deux bandes d'Esmarck ;

15° Une gouttière de bras et une gouttière de jambe ;

Le matériel pharmaceutique comprendra :

1° Douze ampoules de sérum frais ;

2° Deux appareils pour injecter le sérum ;

3° Trois pots avec des antiseptiques en pastilles ; et les irrigateurs avec la solution préparée au moment de commencer la course ;

4° De la gaze et du coton stérilisés, des bandes, le tout en quantité suffisante ;

5° Un flacon d'alcool pur de 2 litres, un autre de teinture d'iode de un quart de litre et un autre d'éther de un quart de litre ;

6° Des stimulants : caféine, éther et huile camphrée ;

7° Deux cuvettes en fer portatives. »

Le règlement de Madrid prescrit que « La direction devra veiller à ce que deux médecins-chirurgiens, pour le moins, se trouvent présents à la plaza pendant le spectacle, afin d'assurer en cas de besoin le service de l'infirmierie ».

En France, ce service est assuré par un chirurgien et un médecin d'éducation chirurgicale, aidés par un personnel infirmier dont le nombre est variable. C'est dire que toutes les opérations pourraient y être tentées.

Mais il importe de préciser l'action de ces infirmeries. Malgré l'urgence avec laquelle apparaît l'intervention chez tous les blessés de l'arène, on ne saurait prétendre que tous les blessés soient opérés dans ces infirmeries, si bien agencées soient-elles. Leur action, pour être efficace, ne peut-être que limitée. Elles devront assurer :

1° Le pansement aseptique de toutes les plaies ;

2° L'immobilisation correcte des fractures ;

3° Le repos et le traitement des blessés choqués. Ceux-ci seront réchauffés, tonifiés (sérum artificiel, strychnine, huile

camphrée, caféine), et leur transport ne pourra avoir lieu que lorsque leur état général se sera amélioré.

Les agonisants y trouveront une mort tranquille ;

1° Opératoirement :

A) L'arrêt des hémorragies par le tamponnement ou la ligature, exceptionnelle, d'un gros vaisseau saignant en jet ;

B) Le tamponnement ou la suture des thorax ouverts, et toute intervention offrant un caractère urgent dont un retard, même léger, comporterait de graves inconvénients (amputation par exemple) ;

C) Les soins chirurgicaux complets et définitifs que réclament les lésions abdominales.

On peut objecter à la chirurgie pratiquée dans ces conditions les risques que peut faire courir au blessé la nervosité qui lui vient de la lutte et du danger encore proches ; et l'on peut se demander si cette action, jointe peut-être aux bruits du dehors, à la grande voix du public aux mille bouches, ne risque pas de favoriser ou d'aggraver le shock. Il est vrai que l'on peut aussi se demander raisonnablement le contraire.

Cependant, on peut, pour répondre à cette objection, poser en principe que, seuls les blessés graves, intransportables, sont justiciables d'un séjour à l'infirmerie.

Les autres, dès que leur aura été pratiquée l'intervention nécessaire, pourront être transportés de l'infirmerie à l'hôpital ou à la maison de santé. A cet effet, une ambulance automobile sera tenue, pendant toute la durée de la corrida, à la disposition du chirurgien.

Il semble qu'il n'y ait pas d'inconvénient très grave à transporter ainsi un fracturé ou un blessé abdominal. Pourvu que l'état général le permette, que shock traumatique et shock opératoire ne compromettent plus l'existence, l'opéré est transportable avec toutes les précautions indispensables. En effet, il semble qu'il y ait danger moindre de voir le transport aggraver les lésions quand celles-ci ont été

réparées, qu'avant le traitement, et qu'un foyer de fracture aseptisé chirurgicalement, puis immobilisé, un intestin suturé, ne déversant pas de produits toxiques dans le péritoine, peuvent, avec peu de risques, être soumis au transport.

L'état général peut seul contre-indiquer l'évacuation rapide d'un blessé opéré à l'infirmerie.

Je voudrais encore envisager quelques petits points de détail qui peuvent acquérir à l'occasion une grande importance.

Il serait souhaitable que dans le « callejon », ou couloir séparant le public de la barrière, un garrot soit toujours à la disposition d'une personne prête à l'appliquer autour du membre, au-dessus de la partie qui saigne. Je sais que certains « mozos de estoques », ou valets de matador, ont coutume de porter dans leur poche le lien élastique qui sauvera peut-être la vie de leur maître. Le cas récent de Gitanillo, sauvé par l'action rapide de son mozo de estoques qui diminua par ce moyen l'hémorragie qu'avait entraînée une énorme blessure, en est un exemple. Mais tous n'agissent pas ainsi.

Je sais aussi que la plupart de ceux qui appliquent le garrot oublient qu'il doit toujours exercer une compression spéciale sur le vaisseau, grâce à l'interposition, sur le trajet du paquet vasculaire, d'un corps compresseur. Cette interposition du corps étranger est, en effet, habituellement omise. Or, cette omission est dangereuse : le garrot ainsi appliqué exerce une constriction égale sur toute la circonférence d'application; il arrête la circulation du membre, comprimant non seulement le vaisseau qui saigne mais aussi les autres. Appliqué comme il convient, son action se fait sentir surtout sur le vaisseau lésé, et la circulation, bien que gênée, peut encore s'effectuer en partie par les voies vasculaires voisines.

Ainsi se trouve diminué le danger de l'ischémie du membre. Ce danger apparaît évidemment problématique quand

l'organisation de l'infirmerie permet une intervention rapide. Mais on conçoit que ce danger n'est pas seulement du domaine de l'hypothèse dans les cas, — que l'on voit encore parfois, — où le blessé est obligé de courir en automobile ou par chemin de fer, à la recherche d'un chirurgien.

Je voudrais aussi rappeler la manière dont s'effectue le plus souvent le transport du blessé de la piste à l'infirmerie. Il se fait sur les bras de quelques employés qui ne manquent guère à appliquer leurs mains sales sur la blessure. Cette première manœuvre est dangereuse. Elle se complique du fait des mouvements imposés au blessé. La meilleure prophylaxie du shock semble être d'éviter au blessé les souffrances inutiles que provoquent ces mouvements. Et il y a autre chose encore. Il est remarquable que le blessé est généralement transporté en position assise ou demi-assise, soit que ceux qui le soutiennent (toujours animés de bonnes mais regrettables intentions) lui tiennent la tête et le haut du corps soulevés, soit que le torero lui-même, si ses forces le lui permettent, se tienne dans cette position, en s'accrochant à leurs épaules. Et l'on voit immédiatement que cette position favorise tout particulièrement chez le blessé, surtout chez celui qui saigne ou a saigné, les accidents syncopaux dus à l'anémie cérébrale. Pour remédier à ce double inconvénient de la souffrance et de la syncope, ne serait-il pas possible d'effectuer le transport sur un brancard ?

Enfin, un devoir s'impose encore au personnel de l'infirmerie. Il est d'ailleurs prévu par le règlement qui dit : « Quand arrive un accident malheureux dans la plaza, le délégué de l'autorité gouvernementale (en France et dans le cas particulier, le chirurgien de l'infirmerie) prendra ses dispositions pour que les agents de cette autorité courent de suite aux portes donnant accès à l'infirmerie pour éviter l'agglomération du public, et ne permettre l'entrée de l'infirmerie qu'au personnel médical et aux employés qui conduisent le blessé ».

On comprend combien cette mesure est sage et mérite d'être appliquée, pour permettre au chirurgien et à ses aides d'opérer en toute tranquillité et sécurité.

J'ai exposé ici les points qui me paraissaient intéressants à étudier dans l'organisation et le fonctionnement de l'infirmerie. Je souhaite, en terminant, qu'ils réalisent le plus parfaitement possible les conditions d'une bonne marche, donnant au torero l'assurance que s'il tombe sur le sable du cirque tout sera mis en œuvre et avec toutes les chances de succès pour sauver sa vie et assurer sa guérison. C'est bien le moins que l'on doive à des hommes qui risquent leur vie pour notre plaisir, et qui peuvent, à l'exemple des gladiateurs antiques, prononcer, en foulant la poussière de l'arène, le fameux : « *Ave, Cæsar, morituri te salutant* ».

De la résistance à la douleur chez les Toreros

Le 9 juillet 1922, le novillero Gallito de Zafra recevait un coup de corne dans l'aine gauche. Bien que cette blessure ait entraîné la sortie de l'épiploon, il ne quittait la piste qu'après avoir tué le toro qui l'avait blessé.

Le 23 septembre 1923, en plaza de Madrid, la corne d'un toro infligeait au matador Luis Freg deux blessures graves : l'une, contuse, de 12 centimètres, à la cuisse gauche ; l'autre fracturant deux côtes, déchirant la plèvre et lésant le parenchyme pulmonaire. Il se relevait cependant et attendait que le toro meure de l'estocade qu'il lui avait portée. Puis, ayant salué la présidence, il se rendait seul, sans aide, à l'infirmerie.

Le 30 décembre 1923, Nacional II, qui venait de recevoir à la cuisse gauche, en portant une estocade, une blessure qui nécessita 24 points de suture, trouvait la force de faire un tour de piste pour répondre aux acclamations de la foule.

Le 27 juillet 1923, Maera, blessé, n'acceptait de se retirer à l'infirmerie que lorsqu'il s'y voyait contraint par un ordre de l'autorité.

Le 30 mars 1924, Esteban Salazar recevait, en plaza de Madrid, un coup de corne qui lui fracturait trois côtes et intéressait la plèvre. Et il ne consentait à faire soigner sa blessure qu'après la mort de son adversaire.

Des faits de cet ordre sont assez nombreux. Je cite ceux-ci qui sont parmi les plus récents ; mais toutes les époques de l'histoire tauromachique en présentent de semblables. Les

plus connus sont, sans doute, ceux qu'au cours de 25 années d'exercice le matador Salvador Sanchez Frascuelo ne cessa de prodiguer. Et celui-là n'est pas moins remarquable de Manuel Dominguez Desperdicios qui, en 1857, en plaza del Puerto de Santa Maria, ayant un globe oculaire sorti de l'orbite, mit à mort le toro qui l'avait ainsi estropié.

On admettra, je pense, que ces faits démontrent chez leurs auteurs une faculté de résistance à la douleur véritablement peu commune. Et l'on m'excusera d'avoir voulu essayer d'en rechercher le mécanisme et l'explication.

Je me proposais de donner, au début de cet essai, une définition de la douleur ; au moment de le faire, j'en conçois toute la difficulté. Mais l'embarras dans lequel je me trouve n'est pas un cas particulier et les auteurs les plus savants l'ont déjà expérimenté :

Maupertuis disait : « La douleur est une perception que l'âme aimeroit mieux ne pas éprouver qu'éprouver ».

Le Docteur Petit, vers 1800, la définit ainsi : « La douleur est cet état d'une âme qui, comparant sa position présente à son état passé, juge que le corps éprouve dans quelques-unes de ses parties sensibles ou dans son ensemble, des déchirures ou des altérations qui en dérangent l'harmonie ».

Et Littré en fait « une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau ».

Mais la manière la plus simple comme aussi la plus laconique de la définir est sans doute de prononcer le mot douleur. Et tout le monde ayant éprouvé ce que ce mot exprime, il est compris de tout le monde. Il suffira alors d'ajouter que la douleur « résulte d'impressions particulières faites sur les extrémités, les filets ou les troncs des nerfs, transmises au cerveau et perçues par cet organe ».....

« L'événement en soi, dit Maeterlinck, c'est l'eau pure que nous verse la fortune et il n'a d'ordinaire, par lui-même, ni saveur, ni couleur, ni parfum. Il devient beau ou triste, doux ou amer, mortel ou vivifiant, selon la qualité de l'âme qui le recueille. »

Quand cet événement est une souffrance, l'homme y réagit à la fois par les qualités de son âme et de sa matière.

Or, il est des cas où la douleur semble avoir peu de prise sur l'individu. Il est vrai que, pour un certain nombre, la sensibilité est très obtuse. Ce sont ceux dont Montaigne disait « qu'il faut les écorcher pour les chatouiller ». Les voyageurs racontent que certaines peuplades primitives tolèrent sans peine de grands traumatismes, et, au témoignage de Pruner Bey, les nègres d'Égypte subissent, sans éprouver de grandes douleurs, les grandes opérations chirurgicales. Cabanis cite des exemples tirés des voyages de Meares, de Dixon, de Vancouver, etc..., qui ont vu les sauvages des côtes occidentales du Nord de l'Afrique se faire de longues entailles sur tout le corps en guise d'amusement.

Il peut donc y avoir, et il y a, une différence énorme entre la manière de souffrir de deux individus appartenant à deux races différentes. Chez les uns, — et c'est probablement le cas des sauvages que nous venons de citer, — la douleur est diminuée parce que les cordons transmetteurs ou les centres récepteurs sont moins délicats. Chez d'autres, c'est une admirable discipline recueillie et observée de génération en génération, qui leur permet de surmonter la douleur, non seulement morale mais encore physique. Le peuple japonais en offre un exemple remarquable. « Un Japonais, écrit M. Lafcadio Hearn, peut sourire et sourit jusque dans les griffes de la mort... Il sourit dans la tristesse, il sourit dans la souffrance, et cette expression peut paraître dans ce cas légèrement paradoxale. » « Je vis l'autre jour, raconte à M. Hearn une dame anglaise de Yokohama, ma servante japonaise venir à moi la mine souriante, comme s'il lui était arrivé quelque chose de fort agréable ; au lieu de cela elle m'apprend que son mari vient de mourir, et me demande d'assister à ses funérailles. »

La race exerce donc une influence manifeste : « l'Italien, pour le sujet le plus léger, se désole et jette les hauts cris ; l'Espagnol, flegmatique par fierté bien plus que par nature

aime mieux souffrir que se plaindre, concentrer son plaisir que le faire partager ». Mais, dans un même peuple, les différences d'éducation physique et morale doivent entrer en ligne de compte.

Le torero, le vrai torero, est espagnol. Mais, le plus souvent aussi, il est une race dans une race. Il y a des familles de toreros, de véritables dynasties taurines, qui s'appuient sur le prestige d'un nom aimé des foules. Joselito, benjamin des Gallo, fit valoir, avec sa maestria incomparable, la valeur positive de ce que les Espagnols appellent « la sangre torera ».

D'une façon générale, l'on pourrait dire que l'hérédité rayonne sur toute l'histoire de la tauromachie. On ne naît pas torero, mais on naît torerisable. Le « virus » attend une occasion favorable, sinon pour éclore, du moins pour se manifester bruyamment. Il est hors de doute que cette hérédité donne à ceux qui en bénéficient une aptitude spéciale, une facilité plus grande à exercer le métier de torero. Ne pourrait-on penser qu'elle leur donne aussi, par le moyen d'une accoutumance atavique, une sensibilité moindre et une résistance plus ferme à la douleur ? Mais j'émets cette idée sans me faire illusion sur son caractère hypothétique.

A côté de ces influences de race, et les dépassant même en importance, interviennent les conditions de résistance individuelle. On conçoit, par exemple, que les hommes nerveux ne réagissent point de la même façon que les hommes athlétiques ; pour les premiers, il suffira de la moindre cause pour provoquer de la douleur ; pour les seconds, il en faudra une puissante, mais alors le plus souvent les effets seront terribles.

Le Sybarite efféminé souffrait de la chute d'une feuille de rose qui avait frappé son pied ; il fallait des blessures profondes pour que les Crotoniates, si renommés pour leur énergie musculaire, ressentissent une véritable douleur : mais son intensité semblait se proportionner à leurs forces.

Doué d'un caractère « âpre et sévère », et par l'effet même de son art, le torero est tenu de ne rien faire comme les autres hommes. A l'exemple des stoïciens, il met une sorte de gloire à défier la douleur. Et ici apparaît l'action de la volonté.

Au contraire des sensations telles que la faim et la soif, qui échappent plus ou moins complètement à l'influence de la volonté parce qu'elles sont à réactions internes, la sensation de douleur, dont les réactions sont avant tout en grande partie externes et en même temps musculaires, dépendent à un haut degré de la volonté. De là, la possibilité pour l'homme d'adapter, dans une certaine mesure, son mode de réaction aux circonstances et aussi les nombreuses variétés individuelles qu'on rencontre dans les réactions.

Les choses ne deviennent pour nous plaisir ou souffrance que par les impressions qu'elles provoquent en nous; elles ne nous fournissent que la matière des biens et des maux, les éléments de ce qui, par notre réaction personnelle, deviendra bien ou mal. Or en apprenant à gouverner notre volonté, nous apprenons à gouverner notre manière de réagir.

Il semble que cette volonté s'affirme chez des individus qui, paraissant jouir d'une sensibilité aussi exquise que la normale, ont sur eux-mêmes un empire qui nous étonne. Les faits cités au début de cette étude en sont des exemples. Et l'on en trouve de nombreux dans l'histoire de la chirurgie.

Velpeau, dans ses Cliniques, cite les faits suivants :

« Ces exemples d'impassibilité sont d'ailleurs loin d'être rares en chirurgie. Le comte de Mansfeld se fit couper un bras au son des trompes. Lapeyronnie, auquel on devait enlever la jambe, disposait lui-même, le matin, sur son lit, l'appareil et les instruments nécessaires.

Un paysan alla jusqu'à amputer sa propre jambe avec une scie grossière, dit Scharschmidt.

M. Champion m'a parlé de deux femmes et de quelques hommes qui lui ont montré le même calme et la même résignation.

J'ai amputé la cuisse à trois malades qui n'ont pas jeté le moindre cri pendant l'opération.

On trouve dans la collection de Bonnet l'exemple, répété dans ce siècle par M. Clével, d'un calculeux se pratiquant lui-même l'opération de la taille.

Un homme fort et très impressionnable, causa tranquillement avec les aides pendant que je l'opérais ici même, dans cet amphithéâtre, d'un sarcocèle volumineux, et sans avoir l'air d'éprouver la moindre douleur. »

Marc-Antoine Petit, chirurgien à l'Hôpital de Lyon, extirpa un cancer chez une femme, sans anesthésie ; elle le supporta sans une plainte. Le chirurgien ajoute : « Ma main était lassée, son courage ne l'était pas. Cent fois de pareils exemples se sont répétés à mes yeux, et toujours le plus grand nombre était chez les femmes. »

De très graves opérations, pratiquées sans anesthésie, ont donc pu être supportées avec calme. Mais on peut se demander s'il n'y a là qu'une question de courage, ou bien si l'on peut réellement atténuer la douleur.

Le mécanisme de la douleur peut être grossièrement figuré par le schéma bien connu de Grasset, qui explique en même temps, ou permet d'expliquer, notre action sur la douleur. Mais nous rappelous les réserves que formule à ce sujet notre Maître le Professeur Verger : « A la vérité, il ne faudrait pas tomber dans l'erreur de certains philosophes qui ont voulu voir dans cette construction géométrique un essai d'explication scientifique de la pensée, mais nous pouvons la prendre pour ce qu'elle vaut dans l'esprit de son auteur, pour un artifice symbolique commode qui permet de représenter graphiquement des phénomènes fort complexes. » (Prof. Verger. — *L'Évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquants.*)

Grasset distingue parmi les fonctions psychiques :

1° *Un psychisme supérieur* « siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité. » Ce groupement peut s'appeler *O*.

2° *Un psychisme inférieur*, dit « automatisme supérieur » inconsciemment spontané, « qui n'est pas l'arc réflexe ordinaire puisqu'il aboutit à des actes coordonnés, intelligents, spontanés dans une certaine limite. » Cette fonction a pour siège anatomique des centres de réception et des centres d'émission que l'on peut représenter par des points : A, centre auditif ; V, centre visuel ; T, centre tactile (sensibilité générale) ; K, centre kinétique (mouvements généraux) ; M, centre de la parole ; E, centre de l'écriture.

Ces points peuvent être réunis par des traits dont l'ensemble forme un polygone.

Chacun des angles du polygone est relié au point *O*.

Si un nerf périphérique est excité par un traumatisme, cette excitation viendra en T (centre tactile) ; mais, pour qu'il y ait douleur véritable, il faudra que l'excitation arrive en *O*, notre *Moi*. Si *O* n'est pas libre, ou si la communication O-T est interrompue par suite d'une « désagrégation » entre *O* et le polygone, la douleur ne sera pas perçue. C'est ce qui arrive dans la distraction. « La douleur, dit W. James, exige un certain degré d'attention ». Or nous sommes maîtres, dans une certaine mesure, de notre *O* ; si nous ne pouvons l'arracher complètement au polygone, du moins nous pouvons l'occuper, et c'est diminuer d'autant la perception.

C'est là la théorie ; l'expérience la confirme. On voit des malades, sur le point d'être opérés, pousser un cri de douleur au moment où l'on trace avec la pulpe du doigt

l'incision projetée. Et ils sont tout étonnés en ouvrant les yeux, de ne pas voir de plaie.

Jules César a dit avec raison « qu'il était moins insupportable de tomber tout d'un coup dans les embûches qu'on ne pouvait éviter que de les redouter continuellement ». Et Montaigne a pu écrire : « Nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d'épée dans la chaleur du combat ».

Si l'attention est le grand renforcateur de la douleur, la distraction agit en sens contraire. Donc, pour diminuer la douleur, il faut empêcher les centres psychiques supérieurs d'être tout occupés à la contemplation des sensations qui lui parviennent.

C'est par ce mécanisme, c'est en accaparant l'attention, qu'une nouvelle douleur atténue l'ancienne. « *Duobus doloribus simul obortis non in eodem loco, major obscurat alterum* ».

Le plus souvent c'est une idée très vive qui, occupant les centres de la perception, permet de supporter ce qui, sans cela, eut été intolérable. La vie des saints est pleine d'actes de martyrs, qui souriaient au milieu de leurs tourments. « La pensée du ciel les occupait tout entiers, et leur âme, toute pénétrée des visions splendides qu'y versaient la Foi, l'Espérance et l'Amour, n'était plus apte à percevoir, en même temps, dans toute son intensité, les sensations venues de l'extérieur. »

Saint Laurent, sur son gril, n'aurait pu, malgré toute sa volonté, plaisanter ses bourreaux, si une idée violente ne l'avait occupé.

On sait l'histoire de Guatimozin, dernier empereur aztèque de l'Anahuac. Sans égard pour sa grandeur d'âme Cortès, chef des Conquistadores, le fit mettre à la torture, ainsi qu'un de ses officiers, afin de les obliger à découvrir l'endroit où il avait, croyait-on, caché les trésors de l'Em-

pire. Un feu lent leur fut appliqué sous les pieds. Cédant à la violence de la douleur, l'officier se laissa arracher des plaintes ; c'est que son centre O était tout entier aux émissions qu'il recevait violemment. Guatimozin, au contraire, était préoccupé par la crainte de faiblir devant ses ennemis. Son centre O ne recevait qu'incomplètement les impressions de son psychisme inférieur. Il souffrait donc moins que son compagnon d'infortune, sans quoi il eut crié tout aussi bien que lui au lieu de lui répondre : « Et moi, suis-je sur un lit de roses ? ».

Toutes les passions peuvent exercer sur la douleur la même influence.

La superstition soutenait Ravaillac, au milieu des tourments qu'on lui faisait endurer. Et quand on lit, dans le « *Vitriol de Lune* », l'admirable et terrible récit du supplice de Damiens, on ne peut s'empêcher de penser que la puissance de son fanatisme l'aidait singulièrement dans sa lutte contre la souffrance.

Charles IX avait reçu au pied une blessure qui lui causait les plus vives douleurs ; l'ambition, l'amour de la gloire la lui rendirent supportable et lui permirent de commander à la bataille de Pultava.

On a pu se demander, en lisant les faits que rapportent Velpeau et Marc-Antoine Petit, comment certains malades avaient, avant l'anesthésie, le courage de se laisser pratiquer des opérations souvent longues, laborieuses et délicates, « effrayantes même pour les assistants ». Leur résistance relève du même mécanisme. « Avant l'invention du chloroforme, dit Carpenter, les patients supportaient quelquefois de violentes opérations sans donner aucun signe de douleur, et après, ils déclaraient qu'ils n'avaient rien senti ayant concentré leur pensée par un puissant effort d'attention, sur quelque sujet qui les captivait complètement ».

On peut donc déduire de tout cela que la douleur n'est pas sentie ou l'est à peine, si l'attention est tout à fait dis-

traite. Ainsi mise en jeu de notre attention qui, suivant son afflux ou son retrait, amplifie ou atténue, crée ou abolit la sensation douloureuse.

Dans les combats de l'arène, les conditions capables d'amener ce résultat, se trouvent réunies en grand nombre.

A la puissance dépressive de l'attente qui s'exerce violemment sur l'esprit du torero, au point de créer un état émotionnel allant chez certains jusqu'à l'angoisse et l'anxiété — (état né du jeu de l'imagination s'exerçant autour de l'idée obsédante du danger futur, et se prolongeant avec la même intensité jusqu'à l'heure du paseo) — fait suite la détente brusque qu'entraînent les influences nouvelles que l'homme subit dès qu'il a pénétré dans le cirque.

Dès lors, le danger que l'homme cotoie n'est plus un inconnu pour lui ; l'imagination cesse de l'amplifier ; le danger ne le domine plus, il le domine.

« A mesure qu'ils cheminaient dans l'arène, les toreros se sentaient d'autres hommes... Les hésitations, la terreur de l'inconnu, ils avaient laissé tout cela derrière la clôture. Maintenant ils foulaient le sable, ils étaient en présence du public. Ça, c'était la réalité. Le désir de surpasser les camarades, l'orgueil d'être fort et habiles, aveuglaient ces âmes simples et barbares, leur faisaient oublier toute appréhension, leur inspiraient une brutale audace ». (Arènes sanglantes, page 58).

On voit ici, remarquablement observées par V. Blasco Ibanez, quelques-unes des impressions qui viennent alors solliciter le centre O du torero, jusque-là tout entier occupé à « ruminer » l'idée d'une blessure possible.

Il en est, à mon avis, quelques autres que je voudrais rapidement envisager.

Tout en continuant d'assurer sa défense, le torero a le souci de la perfection dans son art, qui, l'obligeant à se mouvoir avec aisance sous la menace perpétuelle de la mort, ne peut laisser de place à la crainte.

Chez quelques-uns, chez les jeunes surtout qui, sachant moins le prix de la vie, l'engagent avec une téméraire générosité, cette crainte même paraît agir comme un excitant. Le jeune homme a reçu de la nature une ardeur qui le porte à affronter le danger, mais son inexpérience fait qu'il n'apprécie pas avec sûreté la nature du péril au devant duquel il marche, et que son élan impétueux l'emporte jusqu'à la colère et à la témérité. Heureux d'affirmer sa force devant un danger redoutable, il puise, semble-t-il, un stimulant dans cet amour du risque et du jeu, si naturel au cœur de l'homme jeune, et qui lui fait rechercher volontiers « l'exquise palpitation de la peur ».

Il faut bien dire aussi que l'intérêt, chez tous, est un facteur non négligeable, chez les débutants surtout, qui luttent pour la réalisation de leurs ambitions, du mirage doré que caresse tout aspirant torero, et qui pourraient, à l'exemple du centurion de Psichari, prononcer la phrase magnifique : « Voici devant moi le champ de la Mort, et il est beau comme la terre de la Promesse ».

Cet enthousiasme et ce « désir sublime de se faire tuer » se retrouvent rarement chez ceux dont la pratique a mûri l'expérience. Mais, chez eux, la liberté d'esprit est assurée par la confiance réciproque. Les toreros, qu'un même danger unit, sont moralement unis au maximum, et leur âme collective possède une merveilleuse puissance. « Leurs âmes s'allument les unes les autres. » Soumises aux règles professionnelles de solidarité que des émotions violentes communes ont fait naître et s'affirmer devant la mort, ils tiennent particulièrement à leur estime réciproque et à la gloire morale de la personne qu'ils constituent. Soutenus par cet esprit de corps qui les assure, au moment du péril, de l'aide immédiate et entière de leurs compagnons, fortifiés par l'habitude qui, simplifiant et perfectionnant les mouvements, leur a permis d'acquérir une « prudence téméraire », ils bravent la mort par orgueil, pour l'honneur, dans l'enivrement du combat. Et parmi les cris de la foule

ils oublient que la mort les frôle pour ne songer qu'à cette minute de gloire, si vaine et pourtant si belle, qu'au moment même où ils sont frappés, elle illumine leur vie comme un rayon de soleil.

Parmi les éléments qui peuvent agir par le mécanisme de la distraction, il en est un, la musique, dont l'action me paraît manifeste.

Tarchanoff a constaté, à l'ergographe, que la musique peut faire temporairement disparaître la fatigue. Il est certain qu'elle diminue l'intensité de la douleur. Et les charlatans utilisaient vraisemblablement dans ce but, et non pas seulement pour masquer les cris des patients, le coup de cymbale au moment pathétique.

Toutes les formes de la musique, cependant, ne semblent pas exercer une action identique : « On ne négligera pas la musique, et plutôt le rondo léger que l'adagio douloureux; on préférera aux compositeurs allemands, qui donnent tout à l'harmonie et à la science, ceux de France et d'Italie, dont les morceaux sont chantants et mélodieux ».

Et lorsque, comme c'est le cas ici, la musique est nationale et « centralise les aspirations de la race », on peut estimer que sa vertu est plus grande encore et « donne des forces surhumaines à celui qui se bat ». Que l'on se rappelle le tableau des légions romaines allant au combat : « Les instruments guerriers sonnent l'air antique de Jules César partant pour les Gaules. La rage s'empare de tous les cœurs, les yeux roulent du sang, la main frémit sur l'épée ».

Certains auteurs ont voulu chercher de ceci une explication physiologique et admettre que, par une sorte d'interférence nerveuse, les vibrations auditives annulent les vibrations douloureuses. Mais ce n'est évidemment qu'une hypothèse, et la psychologie nous permet d'expliquer suffisamment ce fait par ce que nous avons dit du rôle de l'attention et de la distraction sur l'élément douleur.

En résumé, et sans vouloir enlever tout mérite personnel au torero, je pense que l'explication de sa résistance à la douleur doit être recherchée surtout dans la distraction qui, s'exerçant par le moyen des éléments que nous avons envisagés, l'empêche, au moment où il est blessé, de percevoir dans toute leur intensité les impressions douloureuses. Ces éléments agissant surtout aux jours de succès, on s'explique que cette résistance insolite à la douleur se démontre surtout dans ces moments-là.

Peut-être mes arguments ne sauront pas convaincre. Mon seul mérite aura été, alors, d'attirer l'attention sur des faits à la vérité remarquables.

Mais si l'homme est forcé de les admirer, le médecin ne peut s'empêcher de les condamner.

Ils font courir au blessé un risque immédiat : l'hémorragie n'étant pas arrêtée, la gravité du trauma augmente à chaque minute.

Ils préparent un risque futur :

Une douleur aiguë pousse l'homme à exécuter les efforts les plus variés et les plus violents pour échapper à la cause qui la produit. Lorsqu'une lésion porte sur un membre ou une partie isolée du corps, on constate souvent, chez l'animal, une disposition à secouer cette partie, comme s'il pouvait, en même temps, secouer le mal et s'en débarrasser. Tous les muscles sont mis en jeu ; l'action musculaire en elle-même est un soulagement.

L'homme qui résiste aux sollicitations d'une vive souffrance ne peut le faire qu'au prix d'un effort considérable. « On peut se contenter de maîtriser sa joie, a dit Lange, il faut dompter sa douleur comme une bête fauve. » Cette prodigalité de la force ne peut manquer d'amener, à plus ou moins longue échéance, la prostration.

Hyppolite Bilon dit : « Souffrir sans se plaindre est sans doute une marque de courage ; mais se plaindre quand on souffre n'est pas une marque de faiblesse ; je dirais au

contraire, que c'en est une de raison, et il me paraît aussi naturel de crier quand on éprouve la douleur que de manger quand le besoin nous presse..... On a vu des hommes braver les tourments qu'ils enduraient sans exhiler une plainte, sans se permettre un mouvement; cet héroïsme à causé leur mort. En effet, l'irritation doit s'accroître par la contrainte qu'on s'est imposée; et quand elle est parvenue à un certain degré, il ne faut qu'une nuance de plus pour que la vie ne puisse y résister. »

Dupuytren, parlant de ceux qui, pendant l'opération, font des efforts extraordinaires pour comprimer l'expression de la douleur dit : « Mais cette lutte ayant épuisé leurs forces, ils tombent dans un état de collapsus dont rien ne peut les relever. Il en est de la sensibilité comme du sang. La source de l'une peut être épuisée par la douleur et les affections morales, comme celle de l'autre par des pertes considérables; et l'évaluation de ce que coûteront aux malades ces douleurs et ces agitations morales doit toujours entrer comme un motif puissant dans la détermination d'opérer ou de s'abstenir ».

Et il explique la mort dans ce cas par la théorie célèbre de « l'hémorragie nerveuse », qui n'est qu'une comparaison. On a invoqué encore une désorganisation des conducteurs nerveux par l'intensité du courant (Luys). Puis, les expériences de François Frank ont fait admettre que la mort est due à un arrêt du cœur par excitation du pneumogastrique, excitation partie du point traumatisé et réfléchi au niveau du bulbe.

Bien que cette éventualité ne soit point fréquente, l'opinion de Velpeau paraît exacte qui dit : « Il semble que la vie s'épuise en se repliant sur elle-même au point de rester ensuite incapable de résister à l'attaque qui vient de lui être portée ». Les risques d'infection s'accroissent d'autant, et le torero peut être la victime de son excès de courage.

Le médecin doit donc combattre ce vieux préjugé qui fait

que le torero croit devoir subir la douleur sans la manifester alors que la raison serait de chercher à la diminuer, même par des cris.

Mais l'aficionado, sensible à toutes les formes du courage dans l'arène, ne cache point son enthousiasme et ne ménage point son admiration au torero.

Et celui-ci est fier de pouvoir dire, les modifiant un peu à son usage, les paroles de Coppée dans la « bonne souffrance » : « Si je n'appelle pas la douleur et la mort, au moins je ne les crains plus, ayant appris dans la plaza l'art de souffrir et de mourir ».

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 Juillet 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

.

BIBLIOGRAPHIE

D^r José VILAR GIMÉNEZ. — *Charlas médico-aurinas*.

GRASSET. — De l'automatisme psychologique (psychisme inférieur ; polygone cortical), à l'état physiologique et pathologique ; — en leçons de clinique médicale, 3^e série.

VELPEAU. — Cliniques.

SÉNÉQUE. — Lettre LXXVIII à Lucilius.

HACK TUKE. — Le corps et l'esprit, traduit de l'anglais par PARANT.

CABANIS. — Rapport du physique et du moral chez l'homme.

MAETERLINCK. — La sagesse et la destinée.

H. BILON. — Dissertation sur la douleur. (Paris, Imprimerie de Fenguerau, an XI, 1803.)

Mosso. — La peur et ses effets physiologiques.

BAIN. — Les émotions et la volonté.

G. DUMAS. — La tristesse et la joie.

RIBOT. — Psychologie de l'attention.

DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris.

G. DUMAS. — Le sourire.

